

BẢNG KIỂM ĐÁNH GIÁ HỒ SƠ BỆNH ÁN

Đơn vị: Ngày, giờ khám bệnh:

Bác sĩ điều trị: Điều dưỡng:

Họ tên bệnh nhân: Mã HSBA:

TT	NỘI DUNG	TIÊU CHÍ	Hoàn thành	Chưa đầy đủ	Không thực hiện
1	Hành chính	Ghi chính xác, đầy đủ các cột mục thông tin, thủ tục hành chính theo quy định.			
		Chữ viết trong HSBA: phải rõ ràng, dễ đọc, dễ hiểu, không viết tắt, diễn đạt đầy đủ các thông tin thu thập được			
		Dán hồ sơ theo đúng thứ tự quy định			
2	Làm hồ sơ bệnh án	Lý do khám bệnh: Ghi điểm chính khi người nhà, người bệnh báo khi đến khám			
		Quá trình bệnh lý mô tả được khởi phát, diễn biến,, chẩn đoán, điều trị trước đó,...			
		Khai thác được tiền sử bản thân và tiền sử gia đình về các bệnh có liên quan đến bệnh hiện tại; và tiền sử dị ứng			
		Khám bệnh: mô tả được các triệu chứng toàn thân và triệu chứng tại chỗ (triệu chứng dương tính và âm tính) giúp hướng tới chẩn đoán			
		Giờ, ngày, tháng, năm trong toàn bộ bệnh án khớp với ngày giờ điều trị, ngày giờ ra y lệnh của bác sĩ điều trị.			
		Có đầy đủ chữ ký của các bác sĩ			
3	Chỉ định cận lâm sàng	Cho đủ các chỉ định cận lâm sàng cơ bản và cần thiết phục vụ chẩn đoán và điều trị			
		Các chỉ định phù hợp về thời gian giúp cho chẩn đoán và thời gian theo dõi tiến triển của bệnh			
		Bác sĩ điều trị ký xác nhận đã xem và ghi lại các kết quả xét nghiệm bất thường vào cột diễn biến của tờ điều trị.			
4	Theo dõi và điều trị	Đối với bệnh án có thực hiện thủ thuật, phẫu thuật: + Hoàn thành các giấy cam đoan chấp nhận phẫu thuật, thủ thuật và gây mê hồi sức,			

TT	NỘI DUNG	TIÊU CHÍ	Hoàn thành	Chưa đầy đủ	Không thực hiện
		+ Các bảng kiểm an toàn thủ thuật, tường trình phẫu thuật đúng quy định, ghi thông tin đầy đủ và có đầy đủ chữ ký (nếu có); + Chẩn đoán và cách thức phẫu thuật, thủ thuật phù hợp với DMKT được phê duyệt. <i>(Nếu bệnh án không phải làm các thủ tục trên coi như đạt) (*)</i>			
5	Phần chăm sóc	Nhận định thời điểm người bệnh đến khám, hỏi tiền sử bệnh, quan sát tình trạng hiện tại, thực hiện chăm sóc cơ bản, y lệnh, theo dõi diễn tiến, GDSK			
		Nhận định khi có bất thường và đánh giá sau can thiệp <i>(nếu không có coi như đạt)</i>			
6	Phần ghi Y lệnh	Y lệnh dùng thuốc đầy đủ rõ ràng: tên thuốc, hàm lượng, liều dùng một lần và số lần dùng trong 24 giờ; tên thuốc không được viết tắt, nếu sửa thì phải ký tên bên cạnh			
		Chỉ định dùng trên bệnh án theo đúng thứ tự: đường tiêm, uống, đặt, dùng ngoài, các đường khác. (*)			
7	Toa thuốc	Phù hợp với kết quả chẩn đoán cận lâm sàng, phù hợp với lứa tuổi, cân nặng, tình trạng và cơ địa của người bệnh.			
		Phù hợp với hướng dẫn thực hành điều trị (phác đồ, kết quả kháng sinh đồ ...), đúng về liều dùng, cách dùng và không có tương tác bất lợi.			

Chú ý: (*) Là những tiêu chí bắt buộc phải hoàn thiện nên chỉ có 2 mức đánh giá có hoặc không.

Ý KIẾN KHÁC:

.....
.....
.....

Tp.Hồ Chí Minh, ngày tháng năm

ĐẠI DIỆN ĐƠN VỊ

(Ký tên, ghi rõ họ tên)

ĐOÀN KIỂM TRA

(Ký tên, ghi rõ họ tên)